

EDITORIAL

Quelques nouvelles de l'ASCO/SVGO:

L'assemblée annuelle de l'ASCO s'est déroulée le 22 avril 2010 à Berne. A cette occasion, l'ASCO a présenté ses recommandations récemment révisées en matière de prévention, de diagnostic et de traitement de l'ostéoporose. Une version de poche imprimée est désormais disponible, la version longue peut être téléchargée sur le site de l'ASCO. Les principaux changements par rapport à la version précédente de 2010 sont l'introduction de FRAX® et la proposition d'un seuil thérapeutique.

Jusqu'à présent, l'indication pour un traitement médicamenteux de l'ostéoporose reposait sur deux critères: une fracture vertébrale ou du fémur proximal ou un T-score $\leq -2,5$ pour la densité minérale osseuse par DXA (colonne vertébrale ou fémur). Ces critères conservent leur pertinence.

Déterminer le bon moment d'un traitement s'avère plus difficile lors de fractures périphériques suites à des traumatismes bénins ou chez des patients n'ayant jamais subi de fractures. Selon les recommandations de traitement actuelles de l'ASCO, ces patients sont désormais à traiter conformément au risque de fracture absolu sur 10 ans. S'ajoute donc désormais aux critères d'intervention traditionnels une nouvelle définition d'intervention basée sur l'âge: la question de recourir ou non à un traitement médicamenteux dépend, en plus du risque de fracture sur 10 ans, de l'âge du patient. Le risque de fracture sur 10 ans est calculé au moyen du «Fracture Risk Assessment Tool» (FRAX®) qui tient compte de différents facteurs de risque cliniques tels que les fractures existantes, les traitements aux corticostéroïdes ou un faible indice de masse corporelle.

Cette année, le prix SBMS-ASCO en recherche clinique a été attribué à Madame Heike Bischoff-Ferrari, professeur à l'hôpital universitaire de Zurich. Ce prix de recherche doté de 10 000 francs a cette année à nouveau été remis par Merck Sharp & Dohme-Chibret SA Suisse. L'étude de Bischoff-Ferrari examine l'influence d'une substitution de vitamine D en combinaison avec un programme de physiothérapie intensif chez des patients ayant subi une fracture de la hanche. Un programme de physiothérapie supplémentaire de 30 minutes sur 12 mois réduit le taux de chute de 25% (critère principal). La prise de 2000 UI de vitamine D, par rapport à la dose de 800 UI, n'a pas d'incidence sur le risque de chute. En revanche le taux d'hospitalisations récurrentes (critère secondaire) a baissé de 39%. Cette étude montre pour la première fois qu'une substitution de vitamine D de 2000 UI est supérieure à la dose de prévention standard de 800

Recherche des fractures vertébrales par DXA : aspects cliniques

Données épidémiologiques

La fracture vertébrale est la fracture la plus fréquente et la plus typique de l'ostéoporose. Elle peut survenir suite à une chute de sa propre hauteur, mais également sans traumatisme (fracture spontanée). Selon l'Office fédéral de la santé publique, on compte annuellement en Suisse plus de 22'000 patients avec fractures vertébrales. Malheureusement, moins de 40% d'entre elles sont diagnostiquées car spontanées ou peu ou pas symptomatiques. Pour comparaison et selon les mêmes sources, le nombre annuel de fractures touchant la hanche s'élève à environ 8'500 et à environ 4'500 pour le radius distal.

En Europe comme aux Etats-Unis, le risque annuel augmente avec l'âge, passant de 0.4 – 0.6% chez les femmes de 50 à 54 ans à 1.2 – 1.3% entre 65 et 69 ans et à 2.9 – 3.8% après 85 ans. En termes de prévalence, le pourcentage de femmes ayant déjà eu au moins une fracture vertébrale est de l'ordre de 8% à l'âge de 50 ans, 15% à l'âge de 60 ans, 25% à l'âge de 70 ans et plus de 30% après 75 ans.

Selon la plupart des recommandations internationales, la survenue d'une fracture vertébrale lors d'un traumatisme inadéquat est synonyme d'ostéoporose cliniquement manifeste, le seuil thérapeutique étant dès lors atteint, après exclu-

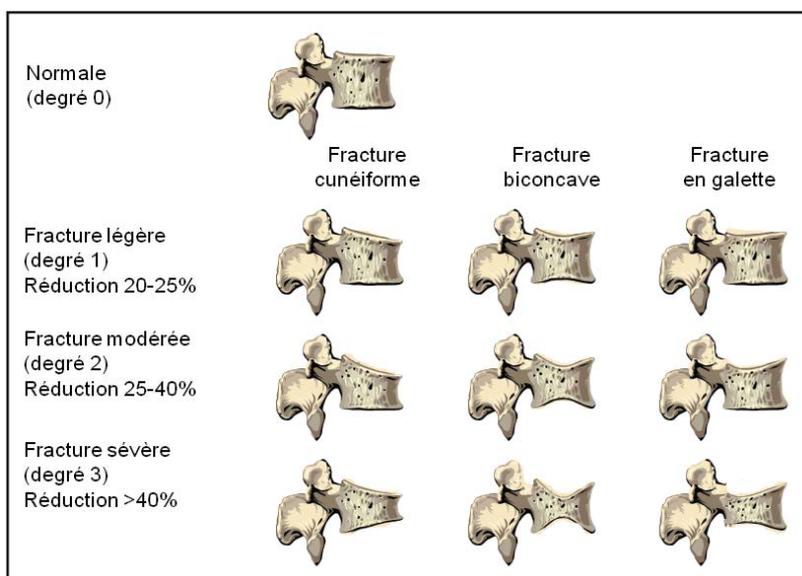
ou une insuffisance rénale.

La présence d'une fracture vertébrale est un des facteurs de risque les plus importants de fractures subséquentes, quelque en soit le degré de sévérité. Le risque augmente cependant proportionnellement à ce dernier, ainsi qu'au nombre de fractures. Selon les résultats d'une méta-analyse, la présence d'une fracture vertébrale augmente le risque d'en avoir une autre de 4.4 fois et le risque d'avoir une fracture de la hanche de 2.3 fois. Il est donc d'un intérêt majeur de les dépister.

Diagnostic

Les fractures vertébrales surviennent préférentiellement au niveau dorsal moyen (D7-D8), ainsi qu'à la jonction dorso-lombaire (D11-L1). Lorsqu'elles existent, les manifestations cliniques aiguës sont des douleurs ressenties au niveau de la fracture, avec parfois irradiations de type radiculaire. La perte de taille, la cyphose progressive (distance paroi-occiput supérieure à 0 cm), l'abdomen protubérant, le contact côte-bassin inférieur à 2 largeurs de doigts, ainsi que le signe du sapin sont des signes cliniques faisant suspecter une ou plusieurs fractures vertébrales.

Conventionnellement, le diagnostic de fractures vertébrales est réalisé par radiographie de la colonne



sion d'une ostéoporose secondaire, en particulier une ostéomalacie, un hypercorticisme, un myélome, une métastase osseuse, une hyperthyroïdie, une hyperparathyroïdie,

Contenu

- Editorial	Page 1-2
- Fractures vertébrales	Pages 1-3
- Agenda	Page 4

Fractures vertébrales (cont.)

Ul suite à une fracture de la hanche. En termes de prévention, la dose journalière standard de 800 UI de vitamine D3 préconisée par l'I'OF reste valable.

L'ASCO a évalué deux systèmes d'analyse pour le contrôle qualité des mesures de DXA. Le premier est un système semi-automatisé. Il est gratuit pour les cabinets comme pour les centres de densitométrie.

Le second, un système français, est entièrement automatisé et absolument fiable – tout comme d'ailleurs le premier système – mais il est relativement coûteux. L'assemblée générale de l'ASCO a donc décidé – sur la base d'une évaluation approfondie – d'introduire la version semi-automatisée mais aussi plus avantageuse pour le contrôle qualité des mesures DXA. L'ASCO a acquis les droits correspondants en faveur de ses membres. Ce contrôle qualité est donc librement accessible aux membres de l'ASCO.

Pour le prochain mandat, le comité de l'ASCO est composé de:

Prof. Martin Birkhäuser (président), prof. Kurt Lippuner (vice-président), prof. René Rizzoli (ancien président), prof. Marius Kränzlin (secrétaire/caissier), PD Dr Christian Meier (éditeur de la newsletter), prof. Serge Ferrari (délégué SBMS), PD Dr Patrick Ammann, prof. Hansjörg Häuselmann, PD Dr Marc-Antoine Krieg, prof. Robert Theiler, Dr Claus Wimpfheimer, PD Dr Daniel Uebelhart.

La réunion annuelle 2011 de l'ASCO aura lieu en parallèle à celle de la SBMS le 7 avril 2011 à Berne. Merci de réserver cette date!

Dans la présente édition de la newsletter:

On oublie souvent les fractures des corps vertébraux. Dans son article, Marc-Antoine Krieg montre comment on peut évaluer la morphométrie vertébrale au moyen de la DXA (VFA – «Vertebral Fracture Assessment»). Cette méthode permet de visualiser la colonne vertébrale dorso-lombaire. Les vertèbres D4-L4 s'y prêtent le mieux: dans le cadre d'une densitométrie, elles peuvent être mesurées au moyen du même appareil sans qu'il ne soit nécessaire de repositionner le patient. Pour celui-ci, la saisie simultanée du BMD et des éventuelles fractures vertébrales, dont l'incidence est souvent sous-estimée, représente une avancée majeure dans l'appréciation globale du risque de fracture. La VFA est une technologie rapide, avantageuse et faiblement irradiante. La résolution améliorée des appareils de dernière génération pourrait réduire de manière significative les avantages d'une investigation radiologique conventionnelle en comparaison avec la VFA.

Avec les meilleures salutations de
Martin Birkhäuser
Président ASCO/SVGO

dorso-lombaire face et profil. Alors que plusieurs méthodes d'évaluation radiologique de la fracture vertébrale sont disponibles, celle la plus fréquemment utilisée est la méthode visuelle semi-quantitative de Genant présentée sur la figure 1. Les fractures sont classées en trois types selon les déformations (cunéiformes, biconcaves ou en galette), et en trois degrés selon la sévérité de la réduction d'une hauteur (antérieure, moyenne, postérieure) de la vertèbre considérée par rapport à sa hauteur

différentiel comprend en particulier l'ostéoarthrose (sclérose des plateaux, ostéophytes) ou la maladie de Scheuermann (déformation typique des plateaux).

Morphologie vertébrale par DXA (VFA – «Vertebral Fracture Assessment »)

Cette méthode permet de visualiser la colonne dorso-lombaire de profil, idéalement de D4 à L4 lors d'un examen densitométrique en utilisant le même appareil donc sans déplacement du patient. Son but est



Figure 2: VFA d'un patient de 81 ans avec multiples fractures dorso-lombaires. Status après vertébroplastie de L4.

postérieure ou à la hauteur postérieure d'une vertèbre adjacente en cas fracture en galette.

Toute déformation vertébrale n'est pas équivalente à une fracture. Le diagnostic

de rechercher les fractures vertébrales comme le montre la figure 2. Il s'agit d'un examen peu irradiant et d'un faible coût de revient. Lorsque la situation n'est pas claire, un bilan radiologique conventionnel peut

	Femmes ménopausées et T-score <-1.0	Hommes ≥50 ans et T-score <-1.0	Remarques
PLUS 1 des critères suivants	Âge ≥70 ans	Âge ≥80 ans	
	Perte de taille anamnétique >4 cm	Perte de taille anamnétique >6 cm	
	Perte de taille mesurée >2 cm	Perte de taille mesurée >3 cm	
	Fracture vertébrale anamnétique	Fracture vertébrale anamnétique	Si non documentée
OU ≥2 des critères suivants	Âge 60-69 ans	Âge 70-79 ans	
	Perte de taille anamnétique de 2 à 4 cm	Perte de taille anamnétique de 3 à 6 cm	
	Fracture non vertébrale anamnétique	Fracture non vertébrale anamnétique	
	Maladie chronique avec risque augmenté de fracture vertébrale	Maladie chronique avec risque augmenté de fracture vertébrale	BPCO, PR, Crohn
OU autres indications	Tout patient sous Prednisonne ≥5 mg/j (ou équivalent) ≥3 mois		
	Femmes ménopausées ou hommes ≥50 ans avec T-score ≤-2.5 chez qui la découverte d'une fracture vertébrale modifierait l'attitude thérapeutique		

compléter la VFA. La VFA permet non seulement de détecter des fractures vertébrales prévalentes, mais est également très utile pour le suivi des patients et la mise en évidence de nouvelles fractures vertébrales ou d'aggravation de fractures préexistantes

La combinaison de la mesure de la densité minérale osseuse et de la recherche des fractures vertébrales par DXA permet dès lors de mieux apprécier le risque fracturaire d'un patient. Ceci est tout à fait cohérent avec le nouveau concept développé au niveau international qui privilégie l'évaluation du risque absolu individuel de fracture en associant des facteurs de risque cliniques tels que les antécédents fracturaires aux valeurs de densité minérale osseuse.

En comparaison avec la radiologie conventionnelle, la VFA est aussi performante pour les niveaux vertébraux situés en dessous de D6 et pour les fractures de degré 2 et 3. Il faut rappeler que seule

une minorité des fractures vertébrales se situe en dessus de D7 et que ce sont les fractures de degré 2 et 3 qui représentent le risque le plus élevé de fractures subséquentes. Des déformations structurelles du rachis, telles une scoliose ou des troubles dégénératifs, peuvent également diminuer le pouvoir diagnostique de la VFA.

Quand pratiquer une VFA ?

En Suisse, la VFA n'est pas encore reconnue, tant d'un point de vue prestation médicale qu'asséculogique. Aucune recommandation nationale n'est donc disponible. Sur le plan international, la Société International de Densitométrie Clinique (ISCD) a publié des recommandations, résumées sur le tableau suivant.

En conclusion, la recherche des fractures vertébrales par VFA, dans le même temps que la mesure de la DMO par DXA, représente une amélioration significative dans l'évaluation globale du risque d'ostéoporose ainsi que la prise en charge de ces

patients. C'est une technique rapide, peu coûteuse et très faiblement irradiante. L'amélioration de la définition de l'image sur les appareils de toute dernière génération devrait réduire les quelques avantages de la radiologie conventionnelle par rapport à la VFA.

Marc-Antoine Krieg, Lausanne

Bibliographie

1. Office fédéral de la santé publique. Ostéoporose et chutes des personnes âgées : une approche de santé publique. www.bag.admin.ch/gespol/f/index.htm.
2. Kanis JA, Oden A, Johnell O, et al. The use of clinical risk factors enhances the performance of BMD in the prediction of hip and osteoporotic fractures in men and women. *Osteoporos Int* 2007;18:1033-46.
3. Schousboe JT, Vokes T, Broy SB, et al. Vertebral fracture assessment : the 2007 ISCD official positions. *J Clin Densitom* 2008;11:92-108.

Préavis

Cours IOF d'Ostéoporose et de Densitometrie

5. Novembre 2010, 0900 à 1700h et
6. Novembre 2010, 0900 à 1200h

Lieu:

Kongresshotel Olten, Bahnhofstrasse 5, 4601 Olten

Détails du cours et inscription:

Ce cours est en langue allemande, un cours en langue française est en préparation. Plus d'informations vont suivre (www.SVGO.ch). Veuillez réserver la date.



Visitez notre nouveau site internet
www.SVGO.ch



Depuis Avril les recommandations 2010 pour la prévention, le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose sont à disposition. Les versions courte et longue sont incluses sur le site internet de l'ASCO (www.SVGO.ch). Vous avez aussi la possibilité de faire des commentaires ou poser des questions. Nous essaierons de répondre rapidement à vos commentaires et questions.

AGENDA

EULAR 2010

16.-19. juin 2010, Rome (www.eular.org)

ENDO 2010

19.-22. juin 2010, San Diego (www.endo-society.org)

ECTS 2010

26.-30. juin 2010, Glasgow (www.ectsoc.org)

10th International Conference

Cancer-Induced Bone Disease

22-25 septembre 2010; Sheffield (UK)
(www.cancerandbonesociety.org)

ASBMR 2010

15.-19. octobre 2010; Toronto (www.asbmr.org)

ACR 2010

6.-11. novembre 2010, Atlanta (www.rheumatology.org)

IOF Osteoporosis Diagnosis Course, with Densitometry Certification

05. novembre -06. novembre 2010 in Olten (www.SVGO.ch)

SSED/SGED Assemblée annuelle 2010

18.11.-19.11.2010 Inselspital Berne
www.sgedssed.ch

IMPRESSUM

Editeur: ASCO - SVGO

Association Suisse contre l'Ostéoporose
Schweizerische Vereinigung gegen die Osteoporose
www.svggo.ch

Rédaction

PD Dr. med. Christian Meier, Bâle
christian.meier@unibas.ch

Traduction

Dag Ivar Olsen (info@olsen-traductions.ch)
Nicole Stoll (nicole.stoll@sunrise.ch)

Impression

Wohn- und Bürozentrum für Behinderte (WBZ)
4153 Reinach

© Réimpression uniquement avec mention de la source

Comité de l'ASCO

Prof. Dr.med. Martin Birkhäuser, Berne (Président)
PD Dr. med. Patrick Ammann, Genève
Prof. Dr.med. Serge Ferrari, Genève
Prof. Dr.med. Hansjörg Häuselmann, Zurich
Prof. Dr. med. Marius E. Kraenzlin, Bâle
PD Dr. med. Marc-Antoine Krieg, Lausanne
Prof. Dr.med. Kurt Lippuner, Berne
PD Dr.med. Christian Meier, Bâle
Prof. Dr.med. René Rizzoli, Genève
Prof. Dr.med. Robert Theiler, Zurich
PD Dr. med. Daniel Uebelhart, Zurich
Dr. med. Claus Wimpfheimer, Lucerne